Rok XXXV. Kraków 11. Kwietnia 1896. Nr. 15.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I.

O operacyach upiększających.

Podał

Dr. A. Gabryszewski,

b. I. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

Nie ma chyba naturalniejszej rzeczy na świecie jak opór i obrona przed nieszczęściem, przed wszelkiem złem, które trapi człowieka; jest to zwykłym objawem instynktu zachowawczego jednostki a szlachetną cechą cywilizowanego społeczeństwa. Podobnie jak obawa przed śmiercią jest jasnem prawem natury, bo śmierć to strata życia, tego jakoby największego szczęścia człowieka, tak samo naturalną jest walka z chorobą, która jest złem nietylko dlatego, że grozi śmiercią, ale że sprowadza ból, niedołęstwo, charłactwo, kalectwo i brzydotę; sztuka zaś lekarska spełnia najszczytniejsze zadanie zabezpieczenia ludzkości od tej plagi.

Czy medycyna pamięta o wszystkich groźnych następstwach choroby? Bezwątpienia, niektóre jednak z nich lekceważy a już najwięcej brzydotę, choć ta brzydota, to często nierównie większe nieszczęście, niż sama choroba.

Pamięta się niby o tem w przebiegu ospy, pamięta się przy operacyach na twarzy, szyi i t. p., nie tylko to, naprawia się często brzydkie wady wrodzone a więc zeszywa rozszczepane wargi zajęcze, odcina się palce nadliczbowe, przyprawia się nosy nadwerężone i t. d. Ale i tak zostaje jeszcze cały szereg ludzi zdrowych, którym matka natura odmówiła nie już pięknego, ale przyzwoitego wejrzenia, którzy się porodzili potwornie brzydkiemi a jednak nie czyni się nic, aby ich od ich nieszczęścia uwolnić.

Ja przynajmniej nie spotkałem żadnych sprawozdań w tym przedmiocie, ani opisów kazuistycznych, ani uwag ogólnych w danym zakresie chirurgii plastycznej pomimo, że kwestya ta wkraczająca niekiedy w dziedzinę konieczności jest kwestyą bardzo poważnego znaczenia.

Sama już historya medycyny przyznaje, że nie walka z chorobą, ale ochrona przed brzydotą wykształciła w niezmiernie odległych czasach starożytności świetne metody chirurgicznego leczenia i wyprzedziła w taki sposób olbrzymio całą sztukę lekarską.

Tak przed tysiącami lat, znajdujemy w Indyach wysoce już wykształconą sztukę dorabiania nosów, które tam wedle srogiego obyczaju za karę często obcinano.

Aus dem natürlichen Gefühl, Andern kein Schreckbild zu sein, entsprang in den frühesten Zeiten das Bestreben der Verstümmelten durch allerlei Hilfsmittel ihren Makel zu verbergen (Dieffenbach). Rzeczy to zbyt jasne, aby się nad niemi rozwodzić, wskazują zaś dobitnie, że w czasach tak dawnych wśród narodu, który pod względem cywilizacyjnego rozwoju dalekim był chyba od dzisiejszego społeczeństwa, sprawa brzydoty nie była wcale lekceważoną. Nie chcę iść tak daleko, aby się powoływać na Greków, u których dobro i piękno istniało w ścisłej harmonii a właściwie dobro bez piękna było czemś zupełnie niezrozumiałem, bo takiego poczucia piękna i takiej miłości piękna, jakie tam panowały w szerokich warstwach, nie ma dziś, chyba u wyjątków, bo czasy owe stworzyły prawie ideał i zostawiły kapitał, z którego odsetków do dziś żyjemy. To nam jednak wytłómaczy taki n. p. ciekawy fakt, że olimpijscy zapaśnicy w Grecyi dorabiali sobie napletki, aby nawet takie podrzędne dodatki wyglądały estetycznie, kiedy równocześnie praktyczny lud Izraela używał niezmordowanie na higienicznym obrzędzie obrzezania.

Ale wracam do rzeczy. W ostatnim roku udało mi się naprawić kilka bardzo rażących zeszpeceń i chcę przedstawić illustracye tych przypadków przed leczeniem i po leczeniu.

Żałuję, że nie mogę pokazać tych niby pacyentów, ani nawet ich podobizn, ale łatwiej namówić do demonstracyi najgorzej umieszczonej choroby, jak do pochwalenia się jakimś błędem piękności, choćby on był już poprawionym, tem więcej, gdy się rozchodzi o ludzi z „lepszego towarzystwa“.

Zacznę od u c h a, bo od niego rzeczywiście rozpocząłem i nabrałem ochoty do tego działu chirurgii plastycznej, którą słusznie wedle starego zwyczaju nazwaćby można *chirurgia decoratoria.* Otóż przed półtora rokiem zjawił się u mnie akademik z nieśmiałą prośbą, czybym się nie podjął przerobić jego uszów, które jemu, ale więcej jeszcze złośliwym przechodniom wydawały się nieco za długie.

Istotnie uszy były ogromne, niekształtne i odstające i nie było mi dziwno, że zwracały uwagę na ulicy i były powodem docinków i przykrych żartów na temat Baalamowego towarzysza. Szczególniej jedno (lewe) ucho było wprost imponujące, o czem jednak odpowiedni rysunek (ryc. 1, 2.) słabe tylko daje wyobrażenie.

Ryc. 1.



Prosiłem właściciela o dzień jeden do namysłu, wyciąłem sobie ucho z płótna i wymyśliłem sposób, który najlepiej tłómaczy rysunek. Wykroiłem rodzaj półksiężyca wchodzącego swymi rogami naprzód i na tył muszli, przyczem odpadła cała górna część ucha a z przodu i z tyłu zostały brzegi, które następnie z pozostałem uchem i ze sobą połączyłem. W taki sposób otrzymałem ucho prawie o połowę mniejsze, o kształcie prawidłowym, nawet wcale pięknym, o brzegach równych i estetycznie wygiętych [1]).

O ile się później przekonałem, próbowano już leczenia wielkich uszów, (czyli t. zw. *makrotia* przez wycięcie klinowatych kawałków (S c h w a r t z e, T r e n d e l e n b u r g), nawet podano metodę całkowitej otoplastyki (S z y m a n o w s k y) a robiono wielokrotnie częściową plastykę ucha (V e l p e a u - D i e f f e n b a c h). Ciekawa rzecz, że nawet całkiem odcięte uszy, przyszyte następnie, przyrastały (S c h w a r t z e) a nawet próbowano brać uszy z drugiego człowieka i te się przygajały (Boyer).

[1]) Drugie ucho poprawił w jakiś czas później w podobny sposób Dr. Kryński.

Co do mnie, oprócz opisanego na wstępie przypadku, starałem się raz poprawić bardzo o d s t a j ą c e u c h o przez wycięcie wrzecionowatego kawałka skóry w fałdzie po za uchem, i przyszycie muszli usznej w położeniu odpowiedniejszem. Wynik jednak nie był nadzwyczajny, bo ucho mocą swej elastyczności powróciło powoli do położenia dawniejszego; oczywista pewne polepszenie było widoczne. Wobec tego najlepiejby było wyciąć w podobnym przypadku klin z chrząstki około tylnego przyczepu [2]).

W ogóle cała upiększająca plastyka ucha nie przedstawia wielkich trudności, ale musi się naturalnie stosować do danego przypadku. Tylko otoplastyka całkowita jest rzeczą bardzo trudną; jedyna próba, którą robiłem u dziecka z wrodzonym brakiem małżowiny, całkowicie się nie udała.

Nieco bardziej powikłaną robotę nastręczył mi przypadek drugi, w którym rozchodziło się o bardzo duży, brzydki skutkiem *acne rosacea*, czerwono fiołkowy i brodawkowatemi wyniosłościami poorany n o s.

Ryc. 2.



Nos ten zdobił oblicze mężczyzny lat przeszło 40 mającego, który przybył na zlecenie jednego z moich kolegów z prowincyi, prosząc, abym w jakiś sposób uporządkował tak wielce upośledzony organ węchu, gdyż to stanowić będzie o szczęściu tego pana. Rzecz się miała po prostu tak, że upiększenie nosa postawiono jako warunek otrzymania ręki pani serca właściciela wstrętnego nosa. Nie dziwiłem się temu wcale, bo nos ten swoim gorącym kolorytem, okropnym kształtem i pokaźnymi rozmiarami zwracać musiał powszechną uwagę i musiał budzić śmiech lub politowanie.

Cała trudność tkwiła w tem, że choć materyału było dość, ale materyał był lichy, to znaczy, że nawet po doprowadzeniu nosa do kształtu pożądanego czerwona, brodawkowata powierzchnia pozostawała niezmienioną.

Podzieliłem zatem zabieg na dwie części; najpierw wyciąłem dwa kliny, jeden pionowy, drugi poziomy, które krzyżowały się na końcu nosa; następstwem tego było skrócenie

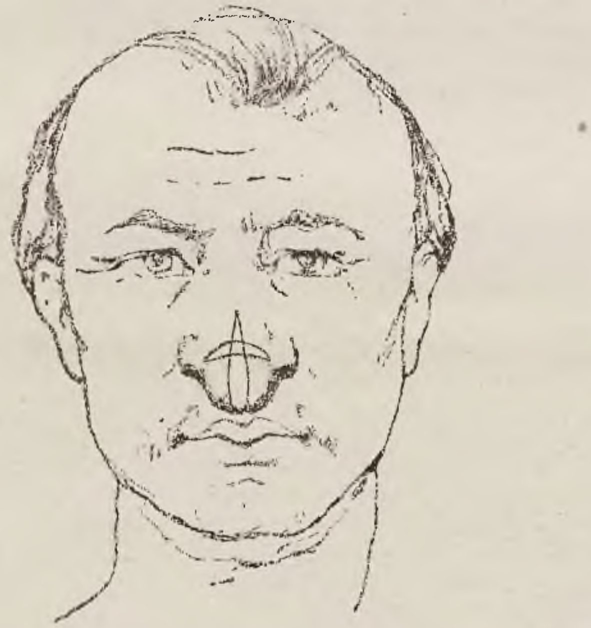
[2]) Innym sposobem zapobiega temu Dr. J a s i ń s k i, który wycina trójkąty na uchu i na skórze głowy po za uchem i zeszywa razem ich boki.

i zwężenie nosa. Następnie dwukrotnie w odstępie kilkutygodniowym przypalałem nos igłami galwanokaustycznemi w podobny sposób, jak się postępować zwykło przy zwykłych naczyniakach.

Załączone rysunki uwidoczniają cały zabieg i przedstawiają nos przed leczeniem i po leczeniu (p. ryc. 3, 4. Nos ten znacznie przybladł, kształt zyskał wcale ładny; tylko blizny jakoby po ospie i ślady krzyża jeszcze go nieco szpeciły.

Inny rodzaj zniekształcenia wrodzonego nosa przedstawia mój przypadek trzeci. Dotyczy on młodej dziewczyny, o rysach zresztą regularnych a nawet pięknych, którą szpecił tylko nos mocno zadarty i jakoby załamany. Skoro w żaden sposób nie mogłem sobie wymyślić niezbyt obrażającego, plastycznego przedłużenia przegrody nosowej, założyłem pannie rodzaj spinki, zrobionej ze złota i wulkanizowanego kauczuku, barwy błony śluzowej nosa, którą przykręciłem w zagłębieniu między przegrodą skórną a zakończeniem przegrody chrząstkowej nosa. Założyłem więc rodzaj kulczyka przebijającego w tem miejscu cienką przegrodę nosową, który pociągał koniec nosa ku dołowi a przez to przedłużał i bardzo pięknie prostował grzbiet nosa.

Ryc. 3.



Rzecz naturalna, spinka pozostała „komornem“ na stałe, panna wyjechała za granicę a po kilku miesiącach wróciła, budząc ogólne zdumienie, że tak dziwnie wypiękniała w podróży.

Skoro już o nosach mowa, chcę zwrócić uwagę na jeszcze jeden rodzaj zniekształcenia nosa, które nieco przypomina przypadek poprzedni. Jest to jednak wada nabyta a nie wrodzona, tak zwane s i o d e ł k o w a t e z a p a d n i ę c i e n o s a, zwykłe następstwo trzeciorzędnej kiły.

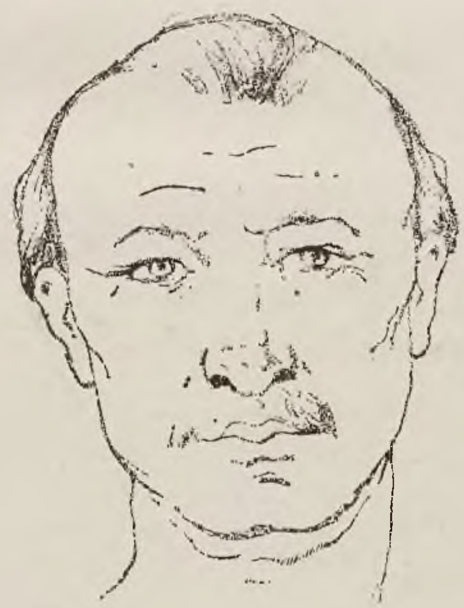
Wiemy, jakie to trudności sprawia chirurgom nie już wyleczenie, ale bodaj poprawienie tej właśnie wady. Różnorodne sposoby i operacye (Graefe, Delpech, Dieffenbach, Langenbeck, Volkmann, Ollier, Hardie, Bardeleben, König, Mikulicz) zwykle nie prowadzą do celu — i dziś jeszcze jest to jedno z najniewdzięczniejszych ról plastycznej chirurgii.

Przypadek, o którym chcę pomówić, dotyczy dziecka kilkomiesięcznego, u którego po kilkotygodniowej sapce (*ozaena*), nagle począł nos zapadać się. Nie wchodzę w etyologię tego i z innych względów ciekawego przypadku; wspomnę tylko, że jakkolwiek wykluczyć nie można możliwości obumarcia kości nosowych jako następstwa prostego zapalenia okostnej, to jednak i tu kiła wydawała się mimo wszelkich zaprzeczeń rodziców najprawdopodobniejszą. To też zastosowano leczenie przeciwkiłowe (zrazu kąpiele sublimatowe, potem kalomel wewnętrznie), ja zaś równocześnie postanowiłem ratować nos ortopedycznie, za pomocą umyślnie zbudowanego przyrządu.

Rzecz przedstawiała mi się o tyle w korzystniejszem świetle, że miałem tu do czynienia nie ze sprawą skończoną, zabliźnioną, ale świeżą i dopiero rozwijającą się. Starałem się przeto przez założenie odpowiedniej, za pomocą śruby podnoszącej się podpory wstrzymać dalsze zapadanie się nosa podczas zabliźniania się a nawet miałem nadzieję, że usunę już powstałe zniekształcenie.

Przyrząd ten udało mi się po wielu staraniach i próbach skonstruować w zakładzie p. Biasiona w Krakowie; przedstawia się zaś on w postaci dwóch (względnie czterech, po dwa w każdej dziurce nosowej) pod kątem odchylających się drążków, z których jeden opiera się o dno nosa a drugi dźwiga grzbiet. Dwa dolne drążki są rurkami, aby mogło przez nie dziecię oddychać. Dwa razy dnia wyjmuje się maszynkę, celem oczyszczenia nosa i wypoczynku dla ugniecionych tkanek. Nie wiem jeszcze, jak i o ile spełni ten przyrząd swoje zadanie, bo leczenie jest jeszcze w toku, nie ulega jednak wątpliwości, że dziś już znaczną widać poprawę a teoretycznie rzecz przedstawia się racyonalną.

Ryc. 4.



Przeglądając literaturę napotkałem próby robione z odpowiedniemi metalowemi lub kauczukowemi rusztowaniami, które wprowadzano d r o g ą o p e r a c y j n ą do zapadłych nosów, celem ich podtrzymania, wyniki były jednak ujemne (Klein, Rust, Dieffenbach i zdaje się, Gałęzowski). Tam jednak były już sprawy stare, skończone a nie dopiero tworzące się.

Na zakończenie chciałbym poświęcić słów kilka brzydkim u s t o m, jakie miałem sposobność kilkakrotnie naprawiać, w jednym przypadku (p. ryc. 5., 6.) nawet bardzo radykalnie.

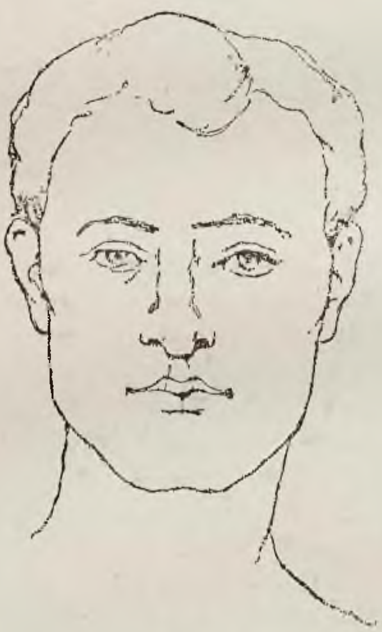
Były to usta bardzo szerokie, o wywiniętych fałdach błony śluzowej (przy wardze górnej), które czyniły wargi grubemi i wstrętnemi. Przyznam się, że sam się przymawiałem z propozycyą operacyi, jadąc raz z młodym człowiekiem, który prócz brzydkich ust miał wszelkie warunki do pięk-

Ryc. 5.



ności. W kilka tygodni zgłosił się do mnie i wtedy wykonałem odpowiednią operacyę a mianowicie celem zwężenia ust wyciąłem dwa kliny na wardze górnej, odpowiadające dwom listwom na *filtrum*, jeden zaś klin ze środka wargi dolnej przez całą grubość warg i zeszyłem cienkim szwem kat-

Ryc. 6.



gutowym. Owe wywinięcia błony śluzowej wyciąłem dwoma wrzecionowatemi cięciami poziomemi, podobnie jak to czyniłem już kilkakrotnie (tylko bez zwężania całych ust) w klinice lekarskiej. Wynik operacyi był bardzo dobry, jakkolwiek nie udało mi się w zupełności uczynić kształtu ust takim, jak sobie wymarzyłem.

Zdaje mi się, że omawiając ten do pewnego stopnia nowy dział plastycznej chirurgii, i to nowy zarówno ze względu na wskazanie, jak i sposoby operacyi, zachęcę także Szanownych Kolegów do zajęcia się sprawą, może błahą wobec poważnych kwestyj życia i śmierci, ale dość ważnej dla tych, których przyroda w tak przykry sposób wyróżniła z pośród ich otoczenia.

II.

O jaskrze po operacyach zaćmy.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

P r z y p. 60. Kobieta 32 letnia. W 4 tygodnie po wydobyciu zaćmy bez irydektomii z prawego oka rozcięcie torebki. 6-go dnia typowa, ostra jaskra. Ezeryna mało pomogła; po irydektomii stałe polepszenie. Po wydobyciu zaćmy z lewego oka (również bez irydektomii) po 6-ciu tygodniach rozcięcie torebki. Już pierwszej doby bardzo ostra jaskra. Ezeryna mało pomogła; po irydektomii stała poprawa.

P r z y p. 61. Mężczyzna 44-letni. Wydobycie zaćmy z lewego oka bez irydektomii. Po 4 tygodniach rozcięcie torebki. Po roku niespełna napady jaskry, które ustępowały zawsze po pęknięciu pęcherzyka w środku blizny położonego (prawdopodobnie przetoka rogówki). Zupełne wyleczenie po irydektomii.

P r z y p. 62. Mężczyzna 57-letni. Wydobycie zaćmy z prawego oka bez irydektomii. Po 2 tygodniach rozcięcie torebki. Po roku przeszło wydobyto zaćmę z lewego oka. Po tygodniu powstała jaskra ostra w prawem oku. Ezeryna nie pomogła; po irydektomii wyleczenie.

P r z y p. 63. Mężczyzna 60-letni. Po wydobyciu zaćmy bez irydektomii w 4 tygodnie rozcięcie torebki. 10-go dnia ostra jaskra; irydektomia, wyleczenie.

P r z y p. 64. Kobieta 69-letnia. W 6 tygodni po wydobyciu zaćmy bez irydektomii rozcięcie cienkiej torebki ($V = {}^{20}/_{30}$!) Jaskra tej samej nocy. Ezeryna pomogła na razie; po irydektomii wyleczenie. Po 2 latach wydobycie zaćmy z drugiego oka, również bez irydektomii; pozostało wiele istoty korowej. Po 7 tygodniach rozcięcie torebki. 3-go dnia jaskra. Ezeryna i sklerotomia nie pomogły, po irydektomii stała poprawa.

P r z y p. 65. Mężczyzna 64-letni. Wydobycie zaćmy bez irydektomii; po 2 tygodniach rozcięcie torebki. Po roku i dwóch miesiącach jaskra zapalna. Irydektomia poprawiła wzrok stale.

P r z y p. 66. Mężczyzna 50-letni. 18-go dnia po wydobyciu niedojrzałej zaćmy rozcięcie torebki. Po 8 dniach ostra jaskra. Salicylan sodowy, ezeryna i pilokarpina początkowo usuwały napady, później pozostały bez skutku. Po irydektomii stała poprawa.

P r z y p. 67. Mężczyzna 68 letni. Wydobycie zaćmy bez irydektomii; zostało wiele istoty korowej. Po 7 tygodniach rozcięcie zaćmy wtórorzędnej. Po tygodniu bóle w oku; atropina zwiększyła je. Zalecono pilokarpinę. Po kilku miesiącach tęczówka wydatna ku przodowi $T + 1$, $S = O$, zagłębienie nerwu wzrokowego.

Przytoczone przypadki, zdaniem Knappa, należą do poważniejszych. Jako przykład lekkich form, przytacza on następujący przypadek:

P r z y p. 68. Mężczyzna 71-letni. Wydobycie zaćmy bez irydektomii. Po 3 tygodniach rozcięcie torebki. Nazajutrz napad jaskry: $T + 1$, rogówka zaćmiona, tęczówka wydatna ku przodowi. Pilokarpina i ezeryna usunęły napad.

Pagenstecher we wspomnianej już pracy swej przytacza szczegółowe opisy trzech przypadków jaskry po rozcięciu torebki.

P r z y p. 69. Kobieta 54-letnia. Jaskra prosta w prawem oku i zaćma dojrzała w lewem. Wydobycie zaćmy

(cięcie w rąbku, irydektomia) bez przygód. Po 10-ciu dniach irydektomia na prawem oku. 17. dnia po wydobyciu zaćmy (może w skutek uderzenia oka) lekki napad jaskry, który ustąpił po ezerynie w ciągu kilku dni. Powstała zaćma wtórorzędna, którą rozcięto w $3^1/_2$ miesiąca po operacyi zaćmy. Tego samego dnia silne bóle, nazajutrz bardzo silny napad jaskry. Rzecz ciekawa, że na tylnej powierzchni rogówki i na resztkach torebki znajdowały się liczne bryłki barwika. Częste wkraplanie ezeryny (co kwadrans, co $^1/_2$ godziny, później co godzinę) i ciepłe okłady; bóle osłabły ku wieczorowi. W ciągu tygodnia nastąpiła poprawa wzroku, ustąpiły objawy jaskry. Po niespełna 4 miesiącach bez żadnego powodu znowu bardzo silne bóle i upadek wzroku, ostra jaskra. Ezeryna nie pomagała wcale, przekłuto przeto komorę przednią. Wzrok się poprawił, objawy jaskry ustąpiły, lecz później ucisk znowu się zwiększył i dokonano irydektomii. Po upływie 2 lat $S = {}^{20}/_{20}$. W 3 lata później powstała jaskra zapalna w prawem oku; powtórna irydektomia pogorszyła nawet stan i wypadło wyłuszczyć gałkę.

Przyp. 70. Kobieta 60-letnia. Wydobycie zaćmy z lewego oka bez irydektomii. Przebieg operacyi i gojenie się prawidłowe. Po 5 tygodniach rozcięcie zaćmy wtórorzędnej (użyto atropiny). W nocy bóle, nazajutrz zwiększony ucisk. Polepszenie po pilokarpinie i salicylanie sodowym. Później bóle się wzmogły; przekłócie komory, wyleczenie.

Przyp. 71. 68-letnia kobieta. Wydobycie zaćmy z prawego oka bez irydektomii. Przebieg prawidłowy. Po 3 tygodniach rozcięcie zaćmy wtórorzędnej (użyto hioscyny). Po upływie doby bóle, po 2-ch zwiększenie się ucisku. Pilokarpina i salicylan sodowy bez skutku. Przekłócie komory, wyzdrowienie.

W zeszłym roku spostrzegałem następujący przypadek:

Przyp. 72. Z. P., 57-letni. W prawem oku zaćma początkująca, $S = {}^{20}/_{40}$; w lewem dojrzała zaćma. 10. Maja 1894. wydobycie zaćmy przez cięcie płatowe w rogówce z irydektomią. Przebieg operacyi i gojenie się zupełnie prawidłowe. V/28 + 9D $S = {}^{20}/_{40}$, z + 15D czyta Jaegera Nr. 1. Przez 8 miesięcy oddawał się swobodnie zwykłym zajęciom. Od Lutego 1895. zaczął z trudnością czytać najpierw drobniejszy, później zwyczajny druk. 2. Kwietnia 1895. $S = {}^{20}/_{100}$, czyta Jaegera Nr. 10. W obrębie źrenicy błonka, poza którą brzegi tarczy i naczynia występują niewyraźnie. Gałka zupełnie blada, najmniejszego podrażnienia. 4. Kwietnia rozciąłem torebkę zwykłą igłą dyscysyjną w kierunku ukośnym; powstało okienko zupełnie dostatecznej wielkości. Po upływie doby zaczął doświadczać bólu w gałce i w skroni. 7. Kwietnia spojówka gałki przekrwiona, rogówka cokolwiek zaćmiona, przybłonek nierówny, łzawienie, gałka twarda, pole wzrokowe znacznie zwężone ku wnętrzu. Ezeryna 2% po 3 razy na dzień. 9. Kwietnia objawy zapalne ustąpiły, lecz $S = {}^{20}/_{100}$, pole jak dawniej, ucisk cokolwiek mniejszy. 11. Kwietnia wykonałem ku dołowi irydektomię; wypadnięcie ciała szklanego było bardzo nieznaczne, gojenie się zupełnie prawidłowe, ku zewnątrz tylko zostało bardzo nieznaczne wklinowanie tęczówki. Gałka blada, podrażnienie ustąpiło zupełnie, pole wzrokowe prawidłowe. Z + 9D $S = {}^{20}/_{40}$, z + 15D czyta Jaegera Nr. 1. Tak więc irydektomia zupełnie przywróciła wzrok, uzyskany na razie po wydobyciu zaćmy.

Mamy więc najdokładniejszy opis jaskry po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej. Co do płci, mężczyzn było 13, kobiet 8. Wiek podany w 19 przypadkach; z tych przed 20 rokiem życia nie mamy żadnego przypadku,

od 30—40 lat 2
„ 40—50 „ 1
„ 50—60 „ 6
„ 60—70 „ 8
„ 70—80 „ 2

Co się tyczy przerwy pomiędzy rozcięciem zaćmy wtórorzędnej a rozwojem jaskry, to pod tym względem przypadki również podzielić możemy na dwie kategorye. Do pierwszej zaliczamy te, w których jaskra powstała bardzo rychło po operacyi.

W ciągu lub po upływie jednej tylko doby jaskra powstała w 8 przyp. do 8 dni 5, do 10 dni 1 bez wyjątku we wszystkich w ostrej formie.

Do drugiej kategoryi zaliczymy przypadki, w których jaskra powstała nierychło po operacyi, mianowicie w 6 miesięcy w 1, od roku do $1^1/_2$ lat w 6.

Tylko w jednym z tych przypadków (52.) jaskra powstała w formie prostej, w 6 pozostałych w formie zapalnej. Ciekawy jest przypadek 61. a to najpierw z powodu, że w środku rany był pęcherzyk (prawdopodobnie przetoka rogówki), który gdy się napełniał, powstawały objawy jaskry, które ustępowały po pęknięciu pęcherzyka; powtóre z tego powodu, że po wydobyciu zaćmy komora przednia napełniła się dopiero 12. dnia, okoliczność zaś ta, jak widzieliśmy już, jest bardzo widzialną w oczach, w których następnie powstaje jaskra.

Co się tyczy sposobów operowania zaćmy początkowej, to w 4 operowano z irydektomią, w pozostałych bez niej. Co do powikłań, zaszłych podczas lub po pierwszej operacyi, to w 2 przypadkach (64. 67.) w oku pozostało wiele istoty korowej, w jednym zaś (69.) pojawiło się po pierwszej operacyi zapalenie ciała rzęskowego i tęczówki. Knapp utrzymuje, że w przypadkach, w których jaskra powstała rozcięcie torebki było znacznem a nożyk głęboko zanurzał się w ciele szklanem. Oczywiście bywało to zawsze w tych razach, gdy po wydobyciu zaćmy zostawało wiele istoty korowej. Pagenstecher przypuszcza raczej, że jaskra jest częstszą po przekłóciu przez rogówkę, niż przez rąbek, zaleca wszakże unikać głębszego ranienia ciała szklanego i nie zaprzecza, że w niektórych razach pęcznienie istoty korowej może mieć pewien wpływ na powstanie jaskry. Dodam, że w trzech, może nawet w czterech przypadkach jaskrę spostrzegano w obu oczach a w jednym (69.) była ona w drugiem oku już przed wydobyciem zaćmy.

Przytoczyłem wyżej dokładniej opisane przypadki jaskry po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej. Nie mamy potrzeby kreślić jej obrazu klinicznego, gdyż w niczem się nie różni od zwykłej jaskry; nadto występowała ona zawsze prawie w formie ostrej. Bóle, często obrzękłość powiek i spojówki, zaćmienie rogówek (i źrenicy), wydęcie ku przodowi środkowego pasa tęczówki, ucisk zwiększony, wzrok bardzo osłabiony. Pagenstecher utrzymuje, że formy te dorównać mogą jaskrze piorunującej. Lecz obok tych form utrzymują Knapp i Pagenstecher, że powstają dość często i znowu wyłącznie prawie podczas pierwszej doby formy lekkie, w których jednakże nie brakuje bólów, zaćmienia rogówki, zwiększenia ucisku, upadku wzroku, nawet wydęcia tęczówki, ustępują one jednakże łatwo same przez się, tem bardziej od pilokarpiny i ezeryny. Knapp zaleca jednoczesne wstrzykiwanie morfiny do skroni, Pagenstecher salicylan sodowy wewnętrznie. Jaki jest stosunek form ciężkich do lekkich, pod tym względem zdania się różnią; według Knappa lekkie formy stanowią tylko trzecią część wszystkich przypadków, Pagenstecher znów spostrzegał 10 przypadków jaskry po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej a z tych 7 ustąpiło leczeniu farmaceutycznemu, stanowiły więc formy lekkie.

Ciężkie formy wymagają leczenia chirurgicznego. Stosowano je 14 razy, mianowicie:

irydektomią 11,

wynik był niepomyślny w jednym tylko przypadku (53.), w którym później wypadło wyłuszczyć gałkę; w innych nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przekłócie komory przedniej 3.

Z nich w dwóch nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym zaś (69.) przekłócie komory przyniosło czasową tylko ulgę, wypadło więc dokonać irydektomii, po której nastąpiło zupełne wyleczenie.

W 4 przypadkach o leczeniu nie mogło być mowy, ponieważ jaskra była już wyrobiona. Co do sposobów leczenia chirurgicznego, Knapp zaleca irydektomię. Pagenstecher słuszną robi uwagę, że irydektomia wkrótce po rozcięciu torebki jest trudna, gdyż w tym razie wypada ciało szklane a wskutek tego trudno jest nietylko pochwycić tęczówkę do szczypczyków, lecz nawet odsunąć na miejsce odnogi po wycięciu (irydektomia o wiele jest łatwiejszą, jeśli zastąpić szczypczyki haczykiem). Mając na względzie tę okoliczność, radzi on poprzestać na przekłóciu komory przedniej dwuostrym nożykiem Graefego, które również usuwa w tych razach sprawę jaskrową. W każdym razię rokowanie w jaskrze po rozcięciu torebki jest bardzo pomyślnem, byle tylko operacya nie była wykonaną za późno.

Co do statystyki tej jaskry, zbyt mało dotąd mamy danych. Pagenstecher spostrzegał ją co najmniej 10 razy. Knapp opisał dokładniej 16 przypadków, zebranych w ciągu 6 lat. Jest to bardzo wiele a jednak dziwić nas nie powinno z powodu, że jest on, jak wiemy, wielkim zwolennikiem rozcięcia torebki i praktykuje ją na wielką skalę (około 66% wydobycia zaćmy). Otóż wypada, według Knappa, że jaskra po operacyi rozcięcia zaćmy wtórorzędnej stanowi prawie 2%, do których nadto dodać jeszcze należy 1% form lekkich, które ustępowały od ezeryny lub pilokarpiny. Wypadałoby więc, że po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej jaskra o wiele częściej następuje, niż po wydobyciu zaćmy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III.

O wynikach leczenia błonicy surowicą w roku 1895. w szpitalu św. Ludwika w Krakowie.

(Według odczytu w Towarzystwie lek. krak. dnia 5. Lutego 1896).

Podał

Dr. Wilhelm Słapa,

sekundaryusz tegoż szpitala.

Doświadczenia nad leczeniem błonicy surowicą w szpitalu św. Ludwika rozpoczęto z końcem Października 1894 r. Dnia 3. Kwietnia 1895. na posiedzeniu krak. Tow. lekarsk. zdał prof. Jakubowski sprawę z przebiegu pierwszych 100 przypadków błonicy w ten sposób leczonych, oświadczając, że zajmuje w obec niego przychylne stanowisko i że korzystając z materyalnej pomocy, udzielonej przez Wydział Kasy Oszczędności m. Krakowa, zamierza prowadzić dalsze w tym względzie doświadczenia. Od tego czasu do d. 31. Grudnia 1895. stósowano surowicę w dalszych 170 przypadkach błonicy, leczono zatem ogółem 270 dzieci, których przypada 12 po koniec 1894., 258 zaś na rok 1895.

Niniejsze sprawozdanie obejmuje przypadki leczone tylko w ciągu r. 1895. a to z przyczyny, że w r. 1894., t. j. w samych początkach doświadczeń z surowicą, rozporządzając szczupłym jej zapasem i obawiając się możliwości niekorzystnego jej działania, wstrzykiwano chorym ilości o wiele mniejsze, niżby stósować należało, powtóre, że w roku 1895. wszyscy bez wyjątku chorzy na błonicę a więc i ci, których stan choroby nie dawał żadnej nadziei wyleczenia, byli leczeni antytoksyną; ztąd też dopiero rok 1895. nadaje się do porównania pod względem wyników leczenia z latami poprzedniemi, w których surowicy wcale nie stósowano. Dla przedstawienia w odpowiedniem świetle uzyskanych wyników koniecznem jest podać niektóre uwagi tyczące się sposobu leczenia, jakoteż jakości leczonych przypadków.

Surowica przez nas używana pochodziła z 5 źródeł produkcyi i tak:

3	przypadki	leczono surowicą	Aronsona (w Berlinie)
26	przypadków	„ „	Behringa (z Höchst)
44	„	„ „	Bujwida (w Krakowie)
62	„	„ „	Rouxa (w Paryżu)
123	„	„ „	Paltaufa (w Wiedniu).

Powyż wymienione rodzaje surowicy (z wyjątkiem surowicy Behringa Nr. I. o sile 500 jednostek uodporniających i Nr. III. o sile 1500 jedn. uodpor.), są co do wartości leczniczej równe, zawierają bowiem w 10 cm.³ 1000—1200 jednostek uodporniających, różnią się natomiast co do środków dodanych dla zapobieżenia szybkiemu rozkładowi. Paltauf i Roux dodają do swojej surowicy kamfory, Behring 0·5% kwasu karbolowego, Aronson 0·4% trójkrezolu, Bujwid chloroformu. Wstrzykiwania dokonywano za pomocą wstrzykawki Aronsona, dającej się dokładnie przez wygotowanie wyjałowić i to z początku po zewnętrznej stronie ud; przekonawszy się jednak, że w miejscu tem tkanka podskórna skąpo rozwinięta utrudnia wprowadzanie większych ilości surowicy, jak niemniej, że szczególnie u małych dzieci przychodzi tu do zanieczyszczenia ranki, uznaliśmy za dogodniejsze wstrzykiwania podskórne surowicy w boczne części klatki piersiowej i brzucha.

We wstrzykiwaniach przestrzegaliśmy ściśle zasad antyseptyki, czemu też przypisać należy, że na przeszło 500 injekcyj w 2 tylko przypadkach wytworzyły się ograniczone ropnie. Uważaliśmy również, by w każdym przypadku cała, przypuszczalnie do wyleczenia potrzebna ilość zawierała się w pierwszej injekcyi. W tym celu w przypadkach błonicy samoistnej gardła, wstrzykiwaliśmy 1000 j. u., w błonicy gardła powikłanej dławcem lub obrzękami gruczołów 2000 j. u. Często jednak z powodu zbyt powolnego ustępowania zmian miejscowych, podwyższania się ciepłoty lub nawrotów choroby okazywała się potrzeba dalszych injekcyj a skutkiem tego średnia ilość surowicy użytej u naszych chorych wynosi w przypadkach błonicy gardła 1500 j. u., w przypadkach zaś dławca błoniczego 2400 j. u. Dzieci leczone w powyższy sposób w $^1/_3$ części (83) pochodziły z Krakowa, przeszło $^2/_3$ (175) przywieziono do szpitala z bliższych lub dalszych powiatów kraju. Okoliczność ta tłómaczy, dlaczego

w przeważnej części przypadków zgłaszano się w póznym dopiero okresie choroby. O ile wywiadami stwierdzono,

przyjęto	17	dzieci	w 2.	dniu choroby
"	53	"	3.	" "
"	76	"	4.	" "
"	54	"	5.	" "
"	15	"	6.	" "
"	6	"	7.	" "
"	37	"	w drugim tygodniu.	

Co do wieku było dzieci:

do jednego roku	28
od 1—2 lat	66
" 2—3 "	49
" 3—4 "	46
" 4—6 "	45
" 6—8 "	11
" 8—12 "	12

Co do umiejscowienia choroby:
w 93 przypadkach błonica ograniczała się do błony śluzowej połyku, w 165 przypadkach błonica gardła powikłana był dławcem. Należy dodać, że u 223 chorych stwierdzono obecność prątka błoniczego; 35 chorych nie badano bakteryologicznie.

Wynik ostateczny leczenia w powyższych okolicznościach przeprowadzonego przedstawia się następująco:

	leczono	zmarło
błonicy samoistnej gardła przypadków	93	18 = 18·2%
dławca błoniczego przypadków . .	165	40 = 24·2%
Ogółem leczono	258	37 = 22.09%

Z porównania wyników tych z wynikami z 10-ciu lat poprzednich, w których surowicy nie stósowano, wedle załączonej tablicy okazuje się, że:

W roku	Błonica gardła			Dławiec błoniczy			R a z e m		
	przyjęto	zmarło	% śmiertelności	przyjęto	zmarło	% śmiertelności	przyjęto	zmarło	% śmiertelności
1885.	3	1	33·3	15	10	66·6	18	11	61·1
1886.	12	10	83·3	20	7	35·0	32	17	53·1
1887.	26	6	23·0	51	26	50·9	77	32	41·5
1888.	24	12	50·0	80	45	56 2	104	57	54·8
1889.	43	16	37·0	117	51	43·5	160	67	41·8
1890.	91	29	31·8	169	87	51·4	260	116	44·6
1891.	50	25	50·0	173	89	51·4	223	114	51·1
1892.	66	32	48·4	135	74	54·2	201	106	52·7
1893.	62	38	61·2	105	57	54·2	167	95	56·8
1894.	49	29	59·1	117	65	55·2	116	94	56·6
Ogółem	426	198	46·4	982	511	52·0	1408	709	50·3
1895.	93	17	18·2	165	40	24·2	258	57	22·0

1) Śmiertelność z błonicy przy stósowaniu surowicy obniżyła się w szpitalu św. Ludwika o 28%.

2) Zmniejszenie się śmiertelności tyczy się w równym stopniu przypadków błonicy gardła jak i powikłanych dławcem.

3) Tak znaczna liczba chorych, jak w r. 1895. znajduje się już raz w ostatniem dziesięcioleciu (1890). Okoliczność ta godna jest uwagi wobec zarzutu czynionego przez przeciwników surowicy statystykom szpitalnym, jakoby korzystne rezultaty leczenia w znacznej części należało przypisać nadmiernemu napływowi chorych, wywołanemu rozgłosem nowego środka, skutkiem czego zgłasza się wiele przypadków błonicy o przebiegu łagodnym, takich jakie przedtem nie byłyby wcale się zgłaszały do leczenia szpitalnego.

O ile cyfry powyżej przytoczone mogą stanowić dowód skuteczności surowicy przeciwbłoniczej, zdaje się nie ulegać wątpliwości.

W kwestyi, czy i w jaki sposób występuje korzystny wpływ leczenia surowicą na przebieg kliniczny błonicy, rozmaici autorzy rozmaite wypowiadają zapatrywania, przyczyną zaś tej różnicy zdań jest zmienność objawów błonicy tak, że niejednokrotnie trudno osądzić, które ze zmian w przebiegu choroby są następstwem zadziałaniu leku a które zaszły od wpływu tego niezależnie.

Ogólnie rzecz biorąc, działanie surowicy nie objawia się żadnym nagłym, przy innem leczeniu dotychczas wcale niespostrzeganym zwrotem w przebiegu klinicznym błonicy; owszem zmiany powstałe przed użyciem trwają dalej, jednak, co już samo przez się bardzo ważne, wcale naprzód nie postępują. To wstrzymanie postępu choroby jest istotą leczniczego działania surowicy. Jeżeli zmiany już wytworzone zdolne są do ustępowania i jeżeli siły organizmu są dostateczne a nie zajdą równocześnie niepożądane powikłania natury niebłoniczej, w obec których surowica jest bezsilną, to działanie surowicy zostaje uwieńczone pomyślnym skutkiem.

Z pośród objawów błonicy z osobna, w przypadkach pomyślnie przebiegających, najwcześniej uwidoczniał się korzystny wpływ surowicy zmianą w ogólnym stanie chorego. Zdarzało się niejednokrotnie, że dzieci przyniesione do oddziału z oznakami ogólnego zakażęnia, blade, apatyczne, zastawałem na drugi dzień po wstrzyknięciu surowicy swobodnie się bawiące, jakby wcale nie chore.

Powolniej występowała zmiana w objawach miejscowych. Niejednokrotnie, w kilka lub kilkanaście godzin po wstrzyknięciu odpowiedniej dawki surowicy, mogłem zauważyć rozszerzanie się nalotów błoniczych w gardle. Jeżeli jednak od chwili wstrzyknięcia upłynęło 24 godzin i jeżeli, na co nacisk kładę, użyto dostatecznej ilości surowicy, szerzenie się nalotów ustaje bezwarunkowo a rozpoczyna się powolne ich oddzielanie się. Na granicy nalotów i błony śluzowej prawidłowej powstaje linia demarkacyjna, naloty pęcznieją, brzegi ich zaczynają odstawać, wreszcie błony wrzekome w całości lub częściowo odpadają, poczem błona śluzowa okazuje zwykle silniejsze nastrzykanie. Najczęściej nie wytwarzają się wcale nowe naloty; zdarza się jednak, że w przypadkach zastarzałych, w których zmiany błonicze wdrążyły w głębsze warstwy błony śluzowej, powstają po oddzieleniu się nalotów powierzchowne, lecz rozległe i trudno gojące się owrzodzenia. Czas zatem potrzebny do zupełnego ustąpienia zmian w gardle waha w dość szerokich granicach; gdy bowiem w przypadkach świeżych błona śluzowa wraca do stanu prawidłowego w 3—6 dni, w przypadkach zastarzałych owrzodzenia utrzymują się nawet przez kilka tygodni. Równocześnie z ustępowaniem zmian w gardle zmniejszały się towarzyszące im obrzęki gruczołów chłoniczych na szyi; zropienie ich wydarzało się tylko w przypadkach, w których pozostały w gardle owrzodzenia pobłonicze.

Mniej wyraźnym był wpływ antytoksyny na ciepłotę. Nagłego w przeciągu 24 godzin obniżenia się jej do normy nie zauważyliśmy. Natomiast w przypadkach przebiegających pomyślnie, ciepłota obniżała się powoli, lecz stale i zwykle w przeciągu 2—4 dni wracała do granic prawidłowych. Ale bywało i odwrotnie. Ciepłota w dniu przyjęcia prawidłowa, lub nieznacznie podwyższona, poczęła się po wstrzyknięciu podnosić i to albo przemijająco, co może tylko wytłómaczyć odczyn ustroju na wprowadzoną surowicę, albo przez dłuższy czas, jako następstwo powikłań ze strony płuc, uszu i t. p. W tych ostatnich przypadkach tor gorączkowy zależał od charakteru powikłań. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Beck (prof. we Lwowie): **O truciznach powstających w ustroju**. (Poznań, duża 8-ka str. 59).

Wykłady, które B. miał pod powyższym tytułem, jako docent fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, ukazały się w streszczeniu r. z. w *Nowinach lekarskich*, z których osobne odbicie znajduje się w handlu księgarskim. Autor stara się w niem zapoznać czytelnika z najnowszemi zapatrywaniami na źródło trucizn w ustroju, ich istotę, pochodzenie, własności i t. d. Zrazu chodzi tu tylko o trucizny powstające w ustroju prawidłowym, zmuszony jednak koniecznością, poświęca B. całe rozdziały także substancyom trującym powstającym w ustrojach chorych, substancyom toksycznym pochodzenia zwierzęcego (jad wężów), roślinnego i bakteryjnego.

Podział substancyj trujących, wytwarzanych przez ustrój przeprowadzony tu został według organów, względnie wydzielin, z któremi substancye te opuszczają ustrój. Zastanawia się więc autor nad toksycznością moczu, Szczegółowo przytacza i rozbiera zainaugurowaną przez Boucharda a we Francyi rozgłosem i rozpowszechnieniem się cieszącą naukę o t. zw. toksyczności moczu, zastanawia się nad przyczynami tej toksyczności, przechodząc kolejno wszystkie składniki moczu i omawiając ich działanie fizyologiczne, względnie ich znaczenie toksykologiczne. Osobny ustęp poświęca także autor badaniom nad toksycznością moczu niefizyologicznego wydzielonego w przebiegu rozmaitych chorób, szczególnie infekcyjnych i niektórych chorób nerwowych.

Ponieważ jako przyczynę toksyczności moczu uważali niektórzy autorowie alkaloidy zwierzęce, przeto autor stara się czytelnika zapoznać z tym działem trucizn zwierzęcych w osobnym rozdziale. Znajdujemy tu nie tylko te ostatnie trujące produkty przemiany substancyj białkowych, znanych pod nazwą ptomain, leukomain, toksyn, historyę ich odkrycia, ich podział, skład i działanie fizyologiczne, ale spotykamy też same ogniwa przemiany, łączące białko z ostatnimi produktami, mianowicie: albumozy, pepton, toksalbuminy, fermenty.

Co do wszystkich tych substancyj znajduje się obszerna wzmianka o ich własnościach, pochodzeniu i działaniu fizyologicznem, względnie trującem, nad wszystkiemi temi substancyami zastanawia się B., czy i w jakich ilościach udało się je wykazać w moczu prawidłowym i w moczu osób pewnemi chorobami dotkniętych.

W dalszym ciągu przechodzi autor do omawiania trucizn powstających w przewodzie pokarmowym. Dzieli je autor na 1) substancye trujące, wchodzące w skład wydzielin gruczołów przewodu pokarmowego, 2) substancye trujące, powstające z przyjętych pokarmów pod wpływem tych wydzielin i 3) substancye powstające z przyjętych pokarmów pod wpływem działania bakteryj przewodu pokarmowego, głównie więc pod wpływem gnicia.

Po kolei zatem przytacza B. badania nad toksycznem działaniem śliny, soku żołądkowego i jego składników, szczegółowo omawia toksyczność żółci i jej części składowych, dalej działanie trujące pruduktów trawienia, jak peptonu, mydła, gliceryny i wreszcie wytwory gnicia treści jelitowej i ich działanie. Przy tem podaje nam autor sposoby, któremi organizm czyni nieszkodliwemi trucizny w przewodzie pokarmowym powstające, przyczem główna rola przypada działaniu komórek wątrobowych, i zwraca uwagę, że nie zawsze antytoksyczne działanie wątroby jest wystarczające, jak tego mamy dowód w autoinfekcyi z przewodu pokarmowego.

Dwa ostatnie rozdziały poświęcone są własnościom trującym powietrza wydechanego i truciznom wydalonym przez skórę. W pierwszym z nich znajdzie czytelnik badania D'Arsonvala i Brown-Séquarda, które dały podstawę do przyjęcia, że w powietrzu wydechanem znajdują się toksyny lotne natury zasadowej, oraz prace licznych autorów innych, którzy sprawę tę oświetlić się starali. W drugim zastanawia się autor między innemi nad przyczyną zabójczego wpływu powlekania skóry na znacznym obszarze masą nieprzypuszczalną.

W końcu zastanawia się autor nad środkami obronnymi, którymi organizm rozporządza w walce z wszystkiemi truciznami w ustroju powstającymi, podnosi, że jednym z bardzo ważnych środków takich jest zdolność akomodowania się ustroju do stosunków zewnętrznych i wewnętrznych.

Domański.

Chirurgia.

A. Rössler: **Achillodynia**.

Dawniej już Raynal, Kirmisson i Pitha opisywali cierpienie zbliżone do *achillodynii*. Albert jednak pierwszy, i to niedawno, gdyż w r. 1893, opisał dokładnie tę chorobę, której głównymi objawami są: ból przy staniu i chodzeniu, ustępujący zupełnie, gdy chory się położy, przedmiotowo zaś w miejscu przyczepienia się ścięgna wymacać można wyniosłość guzowatą, o tej samej konsystencyi, co i ścięgno, mało bolesną. Obecnie Rössler zbadawszy dokładnie cierpienie to pod względem anatomicznym, proponuje zmienić nazwę na *achillobursitis anterior*, godząc się niejako z Schüllerem, który (w r. 1893) za tło tego cierpienia uważał sprawę zapalną w torebce maziowej między ścięgnem a tylną powierzchnią kości piętowej. Takie tylko a nie inne tłómaczenie tego cierpienia (jak chce tego autor) jest prawdziwem, gdyż hipoteza Rosenthala, tłómacząca achillodynią jako objaw małych nerwiaków, nie wytrzymuje dziś najpobłażliwszej krytyki.

Etyologia tego cierpienia nie jest narazie dokładnie poznaną. Opierając się jednak na nielicznej kazuistyce po czasy ostatnie ogłoszonej, przyjąć możemy przewlekłe urazy, tryper, grypę, skazę moczanową a czasem i choroby gośćcowe, za tło i przyczynę *achillobursitis anterior*.

Do objawów poprzednio wyliczonych dodaćby jeszcze należało, że ból ów rozpromieniać się może na podeszwę stopy, że przy dłuższem trwaniu cierpienia wytworzyć się może stopa płaska (płaskonóg — *pes planus v. valgus*), której pierwotną przyczyną jest dążność chorych do zniesienia ucisku ścięgna Achil. na torebkę maziową przez zwolnienie mięśni łydkowych i że w rzadkich przypadkach w guzie wyczuć możemy chełbotanie. Dokładne stwierdzenie chełbotania w tem cierpieniu jest z natury rzeczy trudnem, gdyż już w prawidłowych stosunkach przy zwolnieniu ścięgna łatwo wywołać uczucie nibychełbotania (*pseudofluctuatio*); a potem, jakkolwiek zapalenie jest niewątpliwem tłem tego cierpienia, wysięk w regule bywa skąpym, gdyż ruch i ciśnienie wysokie, znakomicie sprzyjają jego wessaniu.

A zanim przedstawimy anatomią patologiczną, zapoznajmy się pokrótce z obrazem anatomicznym i fizyologicznym, torebki maziowej, pod ścięgnem Achillesa założonej. Jest to twór stały, na to godzą się wszyscy anatomowie, znajduje się w nyży wytworzonej przez przednią powierzchnię ścięgna

a tylną kości piętowej. Torebka nie duża, gdyż na zewnątrz dosięga zaledwie brzegu ścięgna, na wewnątrz nie dochodzi do niego. Własną ściankę posiada tylko z boku i z góry, ściany zaś przednia i tylna, reprezentowane są przez nabłonek, powlekający *peritendinum*, względnie okostną. Od góry, wpuklając górną, najsłabszą ściankę, wsterczają do torebki kosmki z tkanki tłuszczowej. W stanie normalnym powierzchnia wewnętrzna jest gładką, lśniącą. Nie rzadko jednak w badaniach swych spotykał R. na ściankach objawy przerostu, naprzemian ze zanikiem, posuniętym do tego stopnia, że kość miejscami była obnażoną, w przeciwieństwie do miejsc tuż obok położonych, przerosłych, ekzostozy tworzących. Obok tego tkanka tłuszczowa w sąsiedztwie znachodziła się nierzadko w stanie proliferacyi; treść torebki wyraźnie zwiększona, nawet bez równoczesnych objawów zapalnych, w ogóle obraz taki, jaki spotykamy np. w *arthritis deformans*. A właśnie przy takich zmianach anatomicznych występuje klinicznie *achillodynia*. R. operował raz jednego chorego z tem właśnie cierpieniem i po nacięciu guza znalazł jamę wypełnioną płynem lepkim, pokrytą zbitemi kosmkami a z tylnej powierzchni kości piętowej wyrastała narośl kostna. Zatem anatomicznie była to: *bursitis deformans*. W rzeczywistości zaś niewątpliwie tak się dzieje, że przed okresem *bursitis deformans*, istnieje okres *bursitis acuta* lub *chronica*. Na 245 torebek przez siebie zbadanych znalazł autor 7 razy wyraźne objawy przebycia sprawy zapalnej, jakoto: zrosty między ścianami, bliznowate zaciągnięcia i t. p. A kilka razy znalazł *peritendinum* i *periostium* silnie unaczynione. Tak zatem usprawiedliwiona jest nazwa *achilloburstitis*. Teraz kilka słów objaśniających dlaczego *anterior*, otóż dlatego, bo Heinecke znalazł drugą torebkę na wysokości $1^1/_2$ cala ponad przyczepem ścięgna Achillesowego a między jego tylną powierzchnią a fascią położoną. Torebkę tę w odróżnieniu od poprzedniej nazwał *posterior*.

Cierpienie, o którem mowa, jest tak dokładnie ucharakteryzowanem, że trudno je z czem innem pomieniać. Wątpliwem byłoby rozpoznanie chyba w tych wyjątkowych przypadkach, opisanych przez Finottiego,gdzie ognisko gruźlicze w *tuber calcanei* się rozwijające, przebijało ku tyłowi.

Leczenie wedle ogólnych zasad antyflogozy. Albert zaleca ucisk trwały (np. zapomocą gąbek zwilżonych, opaskami silnie do miejsca schorzałego przyciskanych). Gdzieby leczenie konserwatywne nie doprowadziło do celu, tam, otworzyć torebkę (najłatwiej wzdłuż zewnętrznego brzegu ścięgna) i sprowadzić jej zanik, czy to przez tamponowanie, czy też przez wyskrobanie (Schüller, Weinlechner). Mosetig ze skutkiem wstrzykiwał *teucrininum*. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. 42. Z. 3). *Dr. M. W. H.*

A. Wiesinger: **Witzela ukośna przetoka pęcherza w przeroście gruczołu krokowego.**

Zdarzają się przypadki, gdzie przecięcie (Isnardi), względnie wycięcie (Helferich) kawałka *vasis deferentis* pozostaje bez wpływu na przerosły gruczoł krokowy a bywa też tak, że ze wskazań życiowych opróżnić musimy nad miarę przepełniony pęcherz moczowy, czego ani cewnikiem uskutecznić nie możemy, ani też bez narażenia chorego na pewne niebezpieczeństwo nie możemy wyczekiwać niezawsze pewnego wpływu operacyi Isnardego-Helfericha. W podobnych razach uciekał się autor do założenia przetoki z pęcherza na zewnątrz, w sposób przez Witzela zalecony. Operował zatem tak: powłoki brzuszne przecinał, jak przy cięciu wysokiem, poczem usuwał ku górze załamek otrzewny wraz z tkanką podotrzewnową. Teraz pęcherz był odsłonięty na obszarze 6—8 cm.; więc prostopadle przekłuwał ściankę pęcherza wąziutkim nożem, podtrzymując powstały otwór dwoma haczykami. Przez rankę wsuwał do pęcherza cewnik Nélatona, zamykając drugi otwór w cewniku korkiem. Z kolei wtłaczał niejako cewnik w ścianki pęcherza na obszarze 4—5 cm., licząc od spojenia łonowego w górę a ponad nim zeszywał jedwabiem ściany, tworząc w ten sposób kanał, na 5 cm. długi, wytworzony z przedniej ściany *vesicae urinariae*. A aby tem pewniej zapobiedz dostawaniu się moczu do tkanek sąsiednich, przedłużał ów kanał w ten sposób wyżej opisany na 1—2 cm. ku dołowi. Gdy mocz był bardzo rozłożony, rany w ścianach brzusznych nie zaszywał, lecz goił ją przez ziarninę. Kiedy zaś mocz w małym tylko stopniu był zmienionym, zaszywał i ranę w ścianach brzusznych, oczywiście ponad cewnikiem, przytrzymując wysterczający koniec cewnika przylepcem.

Tym sposobem leczył W. 24 chorych z przerostem gruczołu krokowego a z wyniku tak operowani jak i operator byli zupełnie zadowoleni. Kilku tylko chorych zmarło z powodu już poprzednio istniejącej *pyelonephritis* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. T. 42. Z. 6. *Dr. M. W. H.*

Choroby zakaźne.

Canon: **Uodpornianie przeciw zapaleniu szpiku kostnego.**

„. . . Nie zbłądzimy przeto, gdy zapalenie szpiku kostnego *(osteomyelitis acuta)* uważać będziemy za ropnicę gronkowcową (*Staphylokokkenpyamie*) i to głównie w okresie rozwoju się zdarzającą“. To wniosek, do którego autor doszedł rozważając cudzą i swoją statystykę i opierając się na wynikach odpowiednich doświadczeń Ponieważ jednak od zasady, jak i od reguły istnieją wyjątki, więc i tu dzieje się, że z ropy ognisk osteomyelitycznych, w niektórych przypadkach wyhodować się udaje cały szereg innych drobnoustrojów tak, że dziś każdy nieuprzedzony badacz przyznać musi, iż każdy, drobnoustrój, który jest w stanie wywołać ropienie w ustroju być też może tłem dla *osteomyelitis*. Mniej natomiast wyjątków, zdaje się, ma druga połowa wyżej wyłożonej zasady, gdyż na 63 przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia szpiku kostnego tylko w 19 wiek chorych przekraczał 22 r. życia, a z tych 18 znachodziło się w okresie *osteomyelitis* przewlekłej, trwającej od lat wielu, początku zatem cierpienia szukać potrzeba w okresie rozwoju.

Pomijając ogólne zarysy objawów, powikłań i leczenia tego cierpienia, przez autora naszkicowane a żadnego nowego szczegółu nie przynoszące, streścimy część ciekawszą, obejmującą bakteryologiczne badanie ropy i krwi.

Ropę badano 26 razy i znaleziono:

staplylococcus aureus	11	razy
„ *albus*	4	„
streptococcus	4	„
diplococcus	1	„
staphyl. aur. et alb.	1	„
staphyl. aur. et streptoc.	3	„
„ *alb.* „ „	2	„

Krew za życia wzięta badano w 12 przypadkach, lecz tylko 9 r. (75%) z wynikiem dodatnim, i znaleziono:

staphyloc. aureus	3	razy
„ *albus*	2	„
streptococcus	1	„
diplococcus	1	„
streptococ. et staphyloc. aur.	1	„
„ „ „ *alb.*	1	„

Wszystkie przypadki, w których znaleziono łańcuszkowce we krwi, zakończyły się śmiercią. Zatem i tu potwierdza się, dawniej już znane spostrzeżenie, że zapalenie szpiku, kostnego wywołane przez łańcuszkowce, każe gorzej rokować, niż to samo cierpienie, ale na tle gronkowców. Szczęściem tak rzadko spotykamy owe streptokoki w *osteomyelitis*.

Gronkowiec wydaje się szczególnie usposobionym do wywoływania spraw zapalnych w kościach. Potwierdzają to doświadczenia na zwierzętach. C. wstrzykiwał 13 niedorosłym królikom hodowlę bulionową gronkowca złotego do żyły usznej i zawsze, nawet bez poprzedniego sztucznego stwarzania *loci minoris resistentiae* następywała śmierć zwierzątek po 4—16 dniach a sekcya wykazywała wyraźne objawy poczynającej się *osteomyelitis*. Tak było, gdy używał małych

dawek hodowli: 0,01—0,03 grama. Gdy zaś jednorazowa dawka wynosiła 0,50, zwierzęta ginęły już po 1—2 dniach a wtedy oczywiście sprawa zapalna w kościach nie mogła dojść do okresu rozpoznać się dającego. W dwóch takich przypadkach znalazł mimo to wynaczynionki podoskostnowe i w szpiku a miskrokop i hodowle, wykazały w nich liczne gronkowce. Trudniej już wywołać typową *osteomyelitis* u zwierząt, wstrzykując hodowle łańcuszków a wyjątkowo tylko po wprowadzeniu pneumokoków i *bacterium coli*. Natomiast doświadczenia z *pyocyaneus*, prątkami duru i błonicy wypadły zupełnie ujemnie. Nie przeczy jednak autor, by i te ostatnie drobnoustroje, gdy znajdą wszystkie stosunki korzystne, nie były w stanie wywołać cierpienia w mowie będącego.

Do dodatniego wyniku nie doprowadziły autora próby wywołania *osteomyelitis* przez wprowadzenia przerzutu za pośrednictwem żołądka. Nie pomogło i to, że przed wprowadzeniem odpowiednich hodowli, działał ciałami żrącymi na błonę śluzową żołądka i że kwas zobojętniał ługiem sodowym.

W końcu autor porwany ogólnym a modnym prądem, złożył ofiarę na ołtarzu terapii surowiczej. Przez jedną żyłę uszną wprowadzał królikom 0,5—1 grm. surowicy z krwi ozdrowieńca po przebyciu *osteomyelitis* a przez drugą, w 3—5 godzin, wstrzykiwał hodowlę koków. Koki pochodziły z tegoż samego osobnika, z którego otrzymywał surowicę. Pierwsza serya doświadczeń powiodła się znakomicie. Zwierzęta te pozostały przy życiu. Takie same wyniki otrzymał, gdy surowicę wprowadzał przez jamę otrzewnową. Gorzej już powiodło się C. w seryi następnej. Tu bowiem jeden z królików zginął, jakkolwiek ogniska infekcyjnego nigdzie znaleść nie można było, u drugiego zaś, który żył zaledwie 4 dni, znaleziono ognisko ropne w nerce, szpik kostny jednak oba razy był wolny od zmian. Stafilokoki dotychczas używane pochodziły wprost z człowieka. W następnej jednak seryi użył koków, które poprzednio przeprowadził przez organizm zwierzęcy. Wobec nich jednak zdolność immunizacyjna surowicy człowieka okazała się żadną; wszystkie zwierzęta (poprzednio immunizowane surowicą człowieka a potem zakażone gronkowcami ze zwierzęcia) poginęły i z nich właśnie otrzymywał autor „*prachtvolle Osteomyelitispräparate*“. W każdym jednak razie, sądzi autor, że już na podstawie dotychczasowych doświadczeń twierdzić można, że z czasem uda się na pewno uodpornić zwierzęta w sposób przez autora właśnie próbowany przeciw zapaleniu szpiku kostnego, względnie przeciw zakażeniu stafilokokami.

Dobre również i zachęcające wyniki otrzymał autor immunizując zwierzęta osłabionemi, staremi hodowlami. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* T. 42, Z. 1 i 2).

Dr. M. W. H.

Choroby nerwowe.

F. Mainzer: **Leczenie przypadów chorobowych po wytrzebieniu.**

U panny 23-letniej, po wycięciu t. zw. adneksów, wystąpiły po roku napady nawału krwi do głowy, połączone z uczuciem gorąca, nadmiernem poceniem się i zaburzeniami w sferze psychicznej, do utraty przytomności dochodzącemi. Napady takie powtarzały się po kilkanaście razy na dobę. Mimo troskliwego leczenia środkami wewnętrznymi, hipnozą i t. d. poprawa nie następowała. Chora zrozpaczona zgłosiła się wreszcie do prywatnej kliniki ginekologicznej prof. Landaua, gdzie naśladując leczenie wola podawaniem gruczołu tarczykowego, poczęto chorą karmić jajnikami cieląt i krów. Tkanki te, w stanie zupełnie świeżym, podawano z początku w dawkach dziennych 10 gramowych, później 40 gramowych. Leczenie trwało 16 dni, poczem nastąpiła tak znaczna poprawa, że chorą na własne żądanie wypisano z kliniki. (*Deutsche medic. Wochenschrift.* Nr. 12. 1896).

Dr. M. W. H.

Zapiski terapeutyczne.

54. Marfan (w Paryżu): W sprawie leczenia krztuśca (*tussis convulsiva*), mianowicie za pomocą bromoformu. Mało jest chorób, w którychby tylu już próbowano i zalecano leków, jak w krztuścu, co jest dowodem małej ich skuteczności. Otóż autor zamierza teraz wykazać, że bromoform może nam oddać pewne usługi w terapii krztuśca.

Wszystko każe nam przypuszczać, że krztusiec, choroba zaraźliwa jest nieżytem dróg oddechowych, wywołanym przez swoisty pasorzyt, dotychczas jeszcze nieznany, który drażni gwałtownie główne okolice, z których kaszel pochodzi, i przeto wywołuje napady charakterystycznego kaszlu. Otóż należałoby się starać o swoiste leczenie krztuśca a zatem o środek, któryby chorobę przecinał albo przynajmniej znacznie skracał. Dotychczas żaden ze środków obecnie w krztuścu zalecanych nie spełnia tego zadania tak, iż możemy powiedzieć, że nie znamy jeszcze swoistego leczenia krztuśca.

Wobec tego musimy się zadawalniać leczeniem symptomatycznem a ponieważ uczy doświadczenie kliniczne, że niebezpieczeństwo krztuśca polega z jednej strony na zajęciu następowem oskrzeli, z drugiej na liczbie i stopniu napadów, przeto mamy ztąd dwa główne wskazania terapeutyczne: 1) zapobiegać zakażeniu następowemu oskrzeli, 2) zmniejszać liczbę i moc napadów.

Zapalenie oskrzeli, tudzież zapalenie oskrzeli i płuc zarazem, najgłówniejsza przyczyna ciężkości krztuśca w szpitalach mają dwa źródła: zarażenie się lub autoinfekcyą. Odosobnienie i pewne ostrożności ze strony osób mających styczność z chorym zapobiegną zakażeniu z zewnątrz (*infection ectogène*). Autoinfekcya zaś ma swe źródło w zmianie pierwotnej w pierwszych drogach oddechowych; zapobieży jej antyseptyka tych okolic.

W celu spełnienia drugiego wskazania terapeutycznego, t. j. zmniejszenia liczby i mocy napadów kaszlu używano w ostatnich czasach wielu środków, jak beladony, antypiryny, tusolu (migdałkanu antypiryny), antyspasminy, nakoniec bromoformu.

Bromoformu też używał autor w krztuścu w ostatnich dwóch latach i poznawszy jego korzystne działanie, zdaje sprawę ze swych w tej mierze doświadczeń.

Bromoform, $CHBr_3$ jestto płyn jasny, woni przyjemnej, przypominającej chloroform; jego ciężar gatunkowy jest 2·9 a zatem dwa razy większy od ciężaru gatunkowego chloroformu. Bromoform rozpuszcza się mało w wodzie, daleko więcej w wyskoku i glicerynie i jest lotniejszy od chloroformu.

Ponieważ bromoform zmienia się pod wpływem światła, trzeba go trzymać we flaszkach niebieskich i w ciemności. Bromoform nie działa żrąco na błony śluzowe a drażni je nieznacznie; zastósowany u zwierząt w postaci inhalacyj lub wstrzykiwań podskórnych narkotyzuje, nie działając ani na krążenie ani na oddychanie.

Ponieważ bromoform znajdujący się w handlu często bywa nieczysty, dlatego trzeba polecić aptekarzowi, by dawał przetwór zupełnie oczyszczony.

Autor idąc za zaleceniem Steppa z Norymbergi używał bromoformu w 40 przypadkach krztuśca i przekonał się, że pod względem wpływu na liczbę i moc napadów kaszlu bromoform skuteczniejszym jest od antypiryny i beladony.

Autor stósował bromoform w roztworze:

Rp.	*Bromoformii*	*guttas 48*
	Olei amygd. dulcium	*20·00*
	Gummi tragacanthae	*2·00*
	Gummi arabici	*4·00*
	Aquae laurocerasi	*4·00*
	Aquae destil. q. s. ad	*120 cm.*^{3}

Naprzód należy wśród ciągłego kłócenia zmięszać bromoform z olejkiem migdałowym a następnie dodać resztę.

Z tego roztworu bromoformu zadaje autor dzieciom niemającym 6 miesięcy po 2 do 3 kropel, mających od 6 miesięcy do roku po 3 do 4 krople, dla liczących od 1 do 5 lat dziennie tyle razy po 4 krople, ile dziecko ma lat. W latach od 5 do 10 dawka dzienna wynosi 20 kropel z początku, poczem należy ją powiększać o 2 do 4 kropel dziennie, aż do podwojenia a nawet i więcej, mając oko na chorych.

Te dawki dzienne należy rozdzielić na trzy części równe, osobno w stósownych odstępach czasu zażywać się mające.

Często zdarza się, iż podczas zażywania bromoformu w pierwszych dwóch lub trzech dniach napady kaszlu bywają mocniejsze i liczniejsze, lecz od trzeciego lub czwartego dnia nastaje wybitna poprawa, znikają wymioty, powraca apetyt.

W celu uzyskania skutku nie należy obawiać się powiększenia dawki. Bromoform działa tem lepiej, im wcześniej się go użyje.

W niektórych tylko przypadkach zawiódł bromoform autora, który był zmuszony przejść wtedy do antypiryny.

Mając chorych pod okiem, nie należy obawiać się szkodliwego wpływu bromoformu, występującego w postaci senności; jakoż w niektórych przypadkach używał autor bromoformu u swych pacyentów dłużej, niż przez miesiąc bez żadnego szkodliwego działania ubocznego. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Kwiecień 1896).

55. Laveran: O użyciu chininy w celu zapobiegania malaryi. (Z posiedzenia paryskiej Akademii lekarskiej dnia 31. Marca 1896.). Autor uważa na podstawie własnego doświadczenia, że najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciw malaryi jest zadawanie chininy, która, jeżeli nie przeszkodzi zupełnie zakażeniu, to przynamniej łagodzi znacznie jego objawy. Okazało dalej doświadczenie, że sposobem zapobiegawczym można zadawać chininę nawet przez kilka miesięcy bez żadnej szkody dla ustroju. Za dawkę odpowiednią w tym celu uważa autor codziennie po 0·20 do 0·30 lub co drugi dzień po 0·40 do 0·60 siarkanu chininowego. Dawki większe wskazane są w krajach, gdzie endemicznie panuje ciężka malarya.

Saint-Macary, wojskowy lekarz francuski donosi, że na samym początku ekspedycyi wojennej w Dahomeju stracił trzech żołnierzy na gwałtowne napady zimnicy i że dopiero od czasu, w którym nakazał żołnierzom zażywać codziennie po 0·10 do 0·25 siarkanu chininowego, nie miał ani jednego przypadku rzeczonej choroby.

Gdy w Lutym r. 1893. pewna kompania wojska udała się do miejscowości położonej wysoko i względnie zdrowej i nie miała chininy, trafiło się w miesiącu następującym mnóstwo ciężkich przypadków malaryi, z których wiele zakończyło się śmiercią.

Z tych postrzeżeń wnosić należy, że chinina zapobiega rzeczywiście malaryi i że trzeba ją zażywać jeszcze przez pewien czas po opuszczeniu okolic malarycznych.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza L. Colin (zapewne w celu odparcia zarzutów robionych administracyi wojskowej), iż i podczas ekspedycyi do Madagaskaru wydano jak najdokładniejsze przepisy co do używania przez żołnierzy chininy w celu zapobieżenia pojawieniu się u nich malaryi, że jednakże nie było można dopilnować wykonania należycie tego polecenia w obec wielkiego korpusu ekspedycyjnego, rozrzuconego na obszarze mającym 400 kilometrów długości. (*La Semaine médicale* 1. Kwietnia 1886.).

56. P. A. Peters: O leczeniu naczyniaków za pomocą elektrolizy. Autor używał do leczenia naczyniaków elektrolizy w 70 przypadkach, z których 67 było u dzieci. Małe i wielkie naczyniaki, nawet małe plamy z rozszerzenia naczyń nadają się do leczenia elektrolizą w razach, jeżeli z jakichbądź przyczyn nie można użyć noża. Małe bardzo naczyniaki można usunąć za pomocą elektrolizy nawet za jednem posiedzeniem. Elektroliza nadaje się przedewszystkiem do użycia wobec naczyniaków na twarzy, powiekach i małżowinach usznych, ponieważ blizny po niej są małe, mało widoczne i kurczą się nieznacznie. Potrzeba prądu wynoszącego od 5 do 30 miliamperów. W elektrolizie dwubiegunowej zapuszcza się igły w guz tak, by były odległe od siebie mniej więcej na dwa centymetry. W ciągu działania prądu elektrycznego można widzieć powstawanie drobnych baniek gazowych, guz blednie i powstaje strup suchy naokoło bieguna dodatnego, miękki zaś koło bieguna ujemnego. Ażeby igła działała tylko w jednem miejscu, należy ją powlec kolodyonem z wyjątkiem oczywiście samego końca. Należy wbić naprzód igłę połączoną z biegunem dodatnym, następnie igłę połączoną z biegunem ujemnym. W elektrolizie jednobiegunowej biegun + jest obojętnym, biegun — zaś łączy się z igłą. W ten sposób otrzymuje się strupy delikatne i białawe a blizny tem niewidzialniejsze, im słabszego użyło się prądu. Krwotoku nie należy się obawiać, jeżeli postępuje się ostrożnie, przyczem trzeba kierować rozważnie biegunem ujemnym, bo dodatny ścina krew i tamuje przez to krwotok. Zresztą krwotoki ustają przez wzmocnienie prądu i użycie przedewszystkiem igły połączonej z biegunem dodatnym.

Strupy po elektrolizie są suche, aseptyczne a zabliźnianie niebolesne odbywa się pod strupem.

Liczba posiedzeń potrzebnych do usunięcia naczyniaka bywa różna, stósownie do rozległości nowotworu. Zdarza się często, że małe wysepki niezniszczone przez elektrolizę same znikają.

Elektroliza ma tę wielką wadę, że jest bardzo bolesna tak, iż trzeba nieraz użyć do niej narkozy. (*Wracz* Nr. 45. i 46. 1895.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 4. Marca 1896.

Przewodniczący kol. Zanietowski, wice-prezes Towarzystwa.
Obecnych członków 40.

Protokół z dwóch poprzednich posiedzeń przyjęto.

Przed posiedzeniem zwiedzali członkowie Tow. lek. gromadnie zakłady Wydziału lekarskiego Uniw. Jag., pomieszczone w *Collegium medicum*, oprowadzani przez kierowników pracowni. Na wniosek przewodniczącego wyraża zebranie przez aklamacyę podziękowanie kierownikom zakładów: proff. Browiczowi, Cybulskiemu, Gluzińskiemu, Łazarskiemu i doc. Wachholzowi za uprzejmie udzielane objaśnienia.

Przedstawionych imieniem komitetu przez przewodniczącego Drów Antoniego Jabłońskiego i Alexandra Baurowicza uchwala zebranie jednogłośnie przyjąć w grono członków Towarzystwa.

Kol. Domański imieniem komisyi redakcyjnej zawiadamia zebranych, że komisya red. *Przeglądu lekarskiego* dobrała do swego grona koll: Bujwida, Kośmińskiego, Kryńskiego, Marsa, Raczyńskiego, Różeckiego i Sroczyńskiego.

Kol. Ciechanowski przedstawia trzy okazy zmian patologicznych dróg moczowych męskich, wywołanych przez przeszkodę w oddawaniu moczu. W jednym z nich u osobnika 28 letniego, (nieskarżącego się za życia na żadne dolegliwości w oddawaniu moczu), wrodzona stulejka a poczęści wąskość całej cewki moczowej, była przyczyną miernego rozszerzenia pęcherza i przerostu jego ściany, rozszerzenia i przerostu moczowodów i dość daleko posuniętej puchliny nerkowej obustronnej; w drugim przyczyną zmian podobnych, tylko znaczniejszego dosięgających stopnia, było zwężenie bliznowate w części opuszkowej cewki, długie około $1^1/_2$ cm., drożne ledwo dla zgłębnika, za którem w ślad rozwinęło się znaczne rozdęcie pęcherza i przerost jego mięśni, zwłaszcza siatkowej warstwy wewnętrznej; pomiędzy wystającemi wskutek przerostu belkami mięsnymi wypukliła się błona śluzowa w liczne, niezbyt głębokie, uchyłki. Preparat ten pochodzi od 78 letniego starca.

W trzecim przypadku w skutek kamienia pęcherzowego (usuniętego za pomocą cięcia nadłonowego przez prof. Obalińskiego), ściany pęcherza moczowego, niewiele zresztą powiększonego, uległy bardzo znacznemu zgrubieniu; oba moczowody dochodzą grubości wielkiego palca ręki mężczyzny a ściany ich nadzwyczajnie zgrubiałe, tworzą na zagięciach, jakie w przebiegu swym moczowody przedstawiały, fałdy ku światłu sterczące, rodzaj zastawek; miedniczki i kieliszki nerkowe znacznie rozszerzone; ich błona śluzowa podobnie, jak i błona śluzowa pęcherza, przedstawia cechy zapalenia dyfterycznego. W miąższu nerkowym rozsiane liczne ropnie.

Kol. Obaliński objaśnia, że kamień, wydobyty w tym przypadku miał tkwić w pęcherzu od lat dwunastu. Osobnik, z którego sekcyi okaz pochodzi, liczył lat 16.

Kol. Pieniążek przedstawia dwóch chorych z własnego oddziału.

U jednego z nich istnieją ogniska gruźlicze: na błonie śluzowej nosa, na migdałku podniebiennym lewym, trzecie wreszcie w dolnym odcinku tylnej ściany gardła, widoczne przy badaniu wziernikiem krtaniowym. Przypadek ten dotyczy chłopca 14 letniego, przestawiającego wybitne cechy zołzów przy zupełnym braku zmian w płucach. Schorzałe części zostaną usunięte za pomocą ostrej łyżeczki.

Drugi chory, cierpiący na zwężenie krtani, na tle przebytego zapalenia ochrzęstnej powstałego leczony był już kilkakrotnie za pomocą całego szeregu zabiegów. Naprzód wykonano rozcięcie krani (*laryngofissura*) celem usunięcia części zwężających jej światło, przy czem, by uzyskać więcej miejsca, usunięto zupełnie więzadła prawdziwe; później wykonano systematyczne rozszerzenia; obecnie po usunięciu części bliznowatych za pomocą rozcięcia krtani, założono giętką rurkę obleczoną drenem, własnego pomysłu, zaszywając po nad nią brzegi rany powstałej przy laryngofisurze, jak niemniej okrwawione brzegi przetoki tchawicznej. Rurka wspomniana, umocowana na grubej nici jedwabnej wyprowadzonej przez usta, opiera się górnym swym brzegiem w okolicy zatok Morgagniego tak, iż więzadła fałszywe przykrywają boczne częci brzegów rurki. Głos chorego nie pozostawia nic do życzenia, jeżeli się uwzględni, że chory mówi więzadłami fałszywymi. Chory nosi wspomnianą rurkę już trzeci tydzień; po pewnym czasie będzie ją można usunąć a w razie potrzeby założyć ponownie na czas jakiś, tym drugim razem naturalnie przez usta. W ten sam sposób usunął prelegent w innym przypadku zwężenie krtani, powstałe w następstwie przebytej kiły późnej, opierające się wszelkim innym zabiegom a pomyślny wynik wykonanego przed przeszło rokiem zabiegu, do dziś dnia pozostał bez zmiany i utrzymuje się w całej pełni.

Kol. Szewczyk mówi z porządku dziennego *O wstrzykiwaniach przeciwgruźliczych sposobem Viquerata* (własne spostrzeżenia z Nyon). Jak sam Viquerat prelegenta objaśnił, wstrzykiwania przeciwgruźlicze są tylko stósowaniem w dalszym ciągu tuberkuliny Kocha, z tą nieznaczną różnicą, że V. do swojej „limfy“ dodaje $^3/_4$% kwasu karbolowego, gdy Koch dodawał tylko $^1/_2$%. Cała rzecz robi wrażenie przedsiębiorstwa finansowego. Korzystnych wyników leczniczych trudno się spodziewać. Po półrocznem stósowaniu sposób Viquerata na wszystkich klinikach i szpitalach szwajcarskich, do których wstęp prelegentowi utorował prof. Laskowski, bezpowrotnie zarzucono. Jako wyleczoną przedstawił Viquerat jedyną pacyentkę, osobę 20 letnią, u której prelegent stwierdził w szczycie płuca lewego objawy jamy sięgającej od 1—3 żebra, zmiany gruźlicze w kościach i gorączkę hektyczną. Nadzwyczaj zresztą drogi środek Viquerata (20 grm. kosztuje 15 złr.) stósował prelegent w jednym przypadku bez najmniejszego rezultatu. Również w przypadku spostrzeganym przez kol. Górskiego a znanym prelegentowi, w ciągu długo stosowanych wstrzykiwań prątki gruźlicze można było w plwocinach wykazać stale.

Na uwagę kol. Bujwida, że tuberkulina jest wyciągiem z wyjałowionych hodowli prątków gruźliczych a środek Viquerata ma być surowicą ze zwierząt uzyskaną, wyjaśnia prelegent ponownie, że powtarza dosłownie informacye, jakie od samego V. otrzymał.

Kol. Bujwid: Viquerat usiłował wstrzykiwaniem hodowli prątków gruźliczych otrzymać we krwi mułów, z natury odpornych, antytoksynę, analogiczną do antytoksyny przeciwbłoniczej Behringa. Usiłowania te dotąd nie wydały pomyślnego wyniku, choć Viquerat sądzi i rozgłasza przeciwnie. Mowca robił doświadczenia z oryginalną surowicą Viquerata i przekonał się, że u zwierząt nie wywiera ona żadnego działania leczniczego a nawet używana zapobiegawczo od późniejszego zakażenia gruźlicą nie chroni. Dodać trzeba, że dawki używane w doświadczeniach na zwierzętach były bardzo wielkie (3 razy tygodniowo po 2 cm^3) tak, że odpowiednio obliczone dawki dla ludzi z powodu swego ogromu użyćby się wcale nie dały, gdyby nawet miały być skuteczne. Nadto u zwierząt, do doświadczeń używanych, zjawiał się po ściśle przeciwgnilnie robionych wstrzykiwaniach znaczny miejscowy odczyn zapalny, dochodzący aż do nekrozy tkanek. Zdaniem mowcy, Viqueratowi brakowało podstaw naukowych a nawet prawdopodobnie nie miał on w ręku czystych hodowli prątków gruźliczych.

Kol. Górski wyjaśnia, że pomijając życzenie prelegenta, u którego miał sposobność stósować środek Viquerata, zachęciły go do prób z tym środkiem dziwne na pozór korzystne wyniki, jakie u owego pacyenta po dwumiesięcznym pobycie w Zakładzie V. w Nyon można było stwierdzić. Szczegółowo przez mowcę przytoczona historya choroby wykazuje, że kolejno po groźnych pogorszeniach zjawiała się znakomita poprawa stanu ogólnego chorego. U innych 5 osób, które się do mowcy z żądaniem zastósowania nowego sposobu zgłosiły, nie można było wykazać żadnego korzystnego wpływu wstrzykiwań. Wstrzykiwania znosili chorzy w ogóle dobrze; żadnego lokalnego ani ogólnego odczynu przy przeszło stu wstrzykiwaniach mowca nie dostrzegł.

Kol. Bujwid zauważa, że niektóre zwierzęta pewnych surowic nie znoszą; ztąd tłómaczy się odczyn miejscowy, jaki u zwierząt występował, mimo, że u ludzi go nie stwierdzono.

Kol. Czajkowski ma zapowiedziany wykład: *O etyologii nowotworów złośliwych*. Mowca zaznacza na wstępie, że badania jego nie są jeszcze ukończone i że przedstawia jedynie tymczasowo kilka ciekawych faktów, jakie miał sposobność spostrzegać. W r. 1892 rozwinął się u gołębia w pracowni prelegenta mięsako-kostniak (*osteosarcoma*) czaszki. Badanie krwi i soku miąższowego nowotworu wykazało obecność drożdży z gatunku *saccharomyces*, z których na bulionie i agarze z cukrem gronowym wyrosły czyste hodowle. Podjęte w owym czasie próby zakażenia innych gołębi tymi hodowlami nie udały się. W roku 1894. zgłosiła się do prelegenta chora z mięsakiem kończyny dolnej. W soku miąższowym zauważono takiesame twory, jak w poprzednim przypadku; również powiodły się na takich samych pożywkach hodowle czyste, które zaszczepiono kilku gołębiom. U jednego z nich znalazł prelegent powiększony gruczoł krezkowy. który pod drobnowidem przedstawiał utkanie mięsaka (*sarcoma alveolare*). Pies zaszczepiony czystą hodowlą tych drożdży w zakładzie prof. Cybulskiego, padł niestety wskutek zakażenia ropnego. Natomiast u świnki morskiej wystąpiło po wstrzyknięciu hodowli w jądro powiększenie się jego. Badania drobnowidowego dotąd nie dokonano. Te czynniki zachęciły prelegenta do badania w podobnym względzie raków. W jednym z przypadków raka znalazły się we krwi i w soku miąższowym nowotworu twory podobne do opisanych, tylko znacznie mniejsze, z których uzyskano również czyste hodowle. Szczepienia tych hodowli nie są zbyt udatne. W kilku innych przypadkach raka podobnież można było spostrzec i wyhodować ten sam rodzaj drożdży. Hodowle zaszczepione w śliniankę psa wywołały jej powiększenie; w grzebieniu przedstawionego koguta pod wpływem szczepień wytworzył się twardy guzek. Nie wysnuwając żadnych na razie wniosków, przedstawia prelegent te fakta, jako tymczasowe doniesienie o pracy, którą w dalszym ciągu prowadzi.

Na zapytanie kol. Seifmana, czy przypadkiem uzyskane hodowle nie są promienicą, wyrastającą na pożywkach w same tylko grzybnie (*mycelium*), oświadcza prelegent stanowczo, że hodowle jego wcale do promienicy nie są podobne.

Na zapytanie kol. Kryńskiego wyjaśnia prelegent, że w preparatach drobnowidowych z nowotworów, z których hodowle uzyskiwał, można widzieć twory, do drożdży podobne; tożsamości ich jednak pewnym być nie może.

Kol. Kryński zwraca uwagę na to, że przy szczepieniu na pożywki mogły się dostać zanieczyszczenia, dość często stale w pewnych pracowniach się znajdujące. Prelegent wyjaśnia, że szczepienia te uskuteczniał w jak najidealniejszych stosunkach, bo w sali przeznaczonej do operacyj chirurgicznych.

Kol. Bujwid zauważa, że przedstawione mu przez prelegenta hodowle prątków odry nie okazały się czystemi hodowlami i że drożdże, nader łatwo rosnące na pożywkach z cukrem gronowym, mogą być w doświadczeniach prelegenta przypadkowem zanieczyszczeniem.

Kol. Browicz zawiadamiając, że prelegent pozostawia użyte do doświadczeń zwierzęta w zakładzie anatomii patologicznej dla dalszych badań, dla których mowca zakład jak najchętniej otwiera, oświadcza, iż po dorywczych badaniach przedwcześnie byłoby jakikolwiek sąd wy-

dawać. Nie ulega wątpliwości, że wśród tkanek, przez prelegenta przedstawionych, są zmiany patologiczne; jakiej one są przyrody, dopiero szczegółowe badanie może rozstrzygnąć.

Kol. Nowak sądzi, że krytyczną, szczegółową rozprawę należy na dłuższy czas odłożyć, a mimochodem podkreśla, że przy szczepieniach z organów miąższowych, jak sam się przekonał, zanieczyszczenia hodowli uniknąć bardzo trudno.

Prelegent w odpowiedzi stwierdza: 1°, że u gołębia udało się otrzymać *sarcoma alveolare*, jak się zdaje, tylko pod wpływem szczepień; 2°, że z badania raków jeszcze żadnych wniosków nie można wysnuwać. Pragnąc uchronić się od wszelkich zanieczyszczeń, prelegent wyjaławiał swoje pożywki znacznie dłużej i częściej, niż to zazwyczaj się robi; zresztą obecność odpowiednich tworów we krwi i w soku miąższowym nowotworów, zdaje się, usuwa wątpliwości przytoczone przez kol. Bujwida, któremu prelegent gotów jest cały tok doświadczeń osobno przedstawić. Prelegent nie może wreszcie zaprzeczyć, że jedyny dodatni rezultat u gołębia mógł być li tylko przypadkowem zjawiskiem, jak to przypuszcza kol. Simon.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Ciechanowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Kwietnia 1896.

— Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 1. b. m. przyjęto na członka czynnego Tow. Dra Wachtla. Kol. Obaliński przedstawił kilka przyrządów chirurgicznych, poczem kol. Bujwid miał wykład na temat: *Gruźlica i jej rozpoznanie za pomocą tuberkuliny na zasadzie własnych doświadczeń.* W dyskusyi przemawiali koll. Mars, Seifmann, Wernicki. Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia.

— JE. Pan Minister oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., dopuszczającą Dra Karola Kleckiego na docenta patologii ogólnej i doświadcza [redacted] W ten sposób byłyby kobiety dopuszczone do praktyki lekarskiej, ale czy wobec tych, całkiem a całkiem słusznych wymagań znajdzie ich się wiele chcących z tego korzystać, to inne całkiem pytanie.

— Ze zwykłą punktualnością a w nader przyzwoitej pod względem typograficznym formie ukazało się z druku Dwudzieste trzecie sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1895. Wyjmujemy z niego następujące szczegóły: Personal lekarski stanowili: prof. Dr. M. L. Jakubowski, jako dyrektor szpitala i kliniki pedyatrycznej, prof. Dr. L. Rydygier jako operator honorowy szpitala, Dr. Jan Raczyński, jako asystent kliniki pedyatrycznej, Drzy W. Stopa i L. Kosiński, jako sekundaryusze, Drzy E. Grażyński, Z. Satkowski, S. Zeitner i N. Gertler jako praktykanci. Dochodu miał szpital 21.916 zlr. 91 c. rozchodu było 19.410 zlr. 43 c., w czem mieści się wydatek na surowicę przeciwbłoniczą w kwocie 854 zlr. 28 ct. Przyjęto dzieci od 1. do 12. roku 997, oseskow 293, mamek 127; leczono ambulatoryjnie 5350, zaszczepiono ospą 38, razem zatem leczono w szpitalu 6805 osób. Od założenia szpitala w roku 1876. było w szpitalu dzieci od 1. do 12. roku 15772, oseskow (od r. 1889) 1779, mamek (od r. 1889) 729, ambulatoryjnie leczono 60678, zaszczepiono ospą 981, razem przeto 79939 osób, co świadczy o nadzwyczaj zbawiennem działaniu instytucyi i zaufaniu wielkiem do niej ludności.

Liczba dni leczenia w 1895. roku wyniosła dla 1062 dzieci starszych 28502, dla 317 dzieci przy piersi 8669; ztąd średni czas leczenia dla tamtych 26.8, dla tych 27.3 dni.

Na 997 dzieci przyjętych w roku 1896 było miejscowych, t. j. krakowskich 138, zamiejscowych 676. co do wyznania, chrześciańskich 844, izraelickich 153, co do wieku od 1 do 3 lat 337, od 4 do 7 lat 390, od 8 do 12 lat 270. W klinice pedyatrycznej było dzieci 328, w oddziale chirurgicznym 162, w oddziale rezerwowym 178, w oddziale chorób zakaźnych 329, operacyj wykonano 138, opatrunków założono 57.

W oddziale chorób zakaźnych było dzieci z płonicą (szkarlatyną) 69, z błonicą 108, z dławiem błoniczym 152. Z chorych na błonicę i chorych na dławiec błoniczy, razem 280 opuściło szpital wyleczonych 207 = 73·9%, zmarło 63 = 22·5%, pozostało w leczeniu na 1896, rok 10 = 3·6%. Z 270 chorych, którzy leczenie przebyli, było z błonicą 94, zmarło 16 = 17% z dławcem błoniczym 176, zmarło 46 = 26%. Z 176 dzieci nawiedzonych dławcem musiano obok leczenia surowicą u 137 zrobić intubacyę a z tych 137 intubowanych jeszcze u 6 zrobić nadto tracheotomią. Do wstrzykiwania spotrzebowano surowicy Behringa flakonów 39 czyli 390 cm³, Rouxa 168 flakonów, czyli 1680 cm³. Bujwida 133 flakonów czyli 1330 cm³, Aronsona 8 flakonów czyli 80 cm³, Paltaufa 246 flakonów czyli 3198 cm³, razem przeto 594 flakonów z 6678 cm³ surowicy; z 270 dzieci leczonych surowicą przeciwbłoniczą było z Krakowa 86 = 32%, zamiejscowych, przeważnie z dalszych powiatów 184 = 68%.

Z 1062 dzieci leczonych w roku 1895 mających od 1 do 12 lat wyszło uleczonych 680, z polepszeniem 83, nieuleczonych 34, zmarło 195, pozostało na rok następny 70.

Z lecznicy w Rabce korzystało 101 dzieci z 4118 dniami pobytu. Przybytek dzieci tych na wadze wynosił średnio od 3 do 5 kilogramów, dochodząc w jednym przypadku do 7 kilogramów.

— Opierając się na znacznej liczbie bardzo pouczających obrazów zastanawiają się Keen, Davis i Magie w ostatnim (marcowym) zeszycie *American Journ. of the med. sciences* nad zużytkowaniem promieni Röntgenowskich dla celów klinicznych. Przedewszystkiem niedogodną jest bardzo okolicznością długie wystawianie celem fotografowania. Tylko cienkie części ciała, do grubości łokcia nadają się do wyraźnej, dokładnej fotografii. Wszystkie prawidłowe tkaniny ustroju ludzkiego z wyjątkiem kości przepuszczają promienie Röntgenowskie, przez co można rozpoznawać zakryte przez obrzmienie w nich zmiany; oczywiście, że i przez opaski można rozpoznawać położenie jednych kości względem drugich. Dla promieni, o których mowa, nie ma żadnej różnicy między ręką żyjącą a martwą. Hodowle najrozmaitszych mikroorganizmów nie ulegają żadnym zmianom pod wpływem promieni Röntgenowskich, które nie teraz wprawdzie, ale w przyszłości z polepszeniem metody mogą mieć wielkie znaczenie dla położnictwa.

— Dr. Black, dentysta w Jacksonville w Stanach Zjednoczonych, zbadał za pomocą stósownego dynamometru, osobno w tym celu sporządzonego siłę szczęk ludzkich na 150 osobach obojga płci i różnego wieku. Najsłabszą siłę 13·6 kilogr. w zębach siecznych a 30 kilogr. w zębach trzonowych okazała dziewczynka 7-letnia, największą zaś siłą popisał się pewien lekarz 35 lat liczący, który doprowadził do końca podziałki na dynamometrze, t. j. do 122 kilogr. a prawdopodobnie nie doszedł jeszcze do granicy siły swych szczęk. Przeważna liczba badanych okazywała siłę 45 kilogramów w zębach trzonowych a dwa razy tyle w siekaczach. Siła zależy nie tylko od mięśni właściwych, ale i od utwierdzenia zębów w szczękach.

— W celu zapobieżenia, by chorzy zbyt trwożliwie sami nie mierzyli sobie temperatury a przecież ułatwiali lekarzowi zadanie oznaczenia temperatury w pewnych godzinach, przedstawił Mercier Towarzystwu lekarskiemu w Zurychu termometr, osobno w tym celu wymyślony, tak zwany niemy, t. j. termometr oddzielony zupełnie od podziałki metalowej lub szklanej, którą lekarz ma przy sobie i którą potrzebuje do rurki termometrycznej przyłożyć, by natychmiast odczytać temperaturę dla swej wiadomości. Termometr taki, jakkolwiek niewątpliwie dowcipnie obmyślany, nie wydaje nam się praktycznym, bo kto chce poza plecami lekarza mierzyć sobie temperaturę, ten z największą łatwością postara się o własny termometr.

— Dwudzieste pierwsze zebranie ogólne niemieckiego Towarzystwa higienicznego odbędzie się w roku bieżącym w Kilonii od 10. do 13. Września. Na porządku dziennym: wodociągi z wodą gruntową ze szczególnym względem na pozbawienie wody żelaza, urządzenie schronisk dla położnic, zwalczanie błonicy, udział lekarzy w wykonywaniu higieny przemysłu, stósunki higieniczne w marynarce handlowej i na statkach parowych do przewozu osób.

— W ostatnim numerze *British medical Journal* wskazuje Spencer Wells na konieczną potrzebę odpoczynku dla bardzo zajętych lekarzy londyńskich i zaleca w tym celu w zimie trzechmiesięczną wycieczkę do Jamaiki i Florydy z powrotem przez Washington i Nowy Jork twierdząc, że trzy miesiące odpoczynku jak z jednej strony nie jest za wiele, tak z drugiej wzmacnia siły i wpływa korzystnie na stan psychiczny tak, iż po powrocie można tem skuteczniej oddawać się praktyce lekarskiej.

— W Państwie niemieckiem otrzymało w 1894/5 roku 1357 lekarzy prawo do praktyki lekarskiej, z nich przypada 557 na uniwersytety pruskie, 347 na bawarskie, 136 na Lipsk, 115 na Fryburg i Heidelberg, 64 na Sztrasburg, 47 na Jenę, 34 na Tybingę, 33 na Roztokę i 24 na Giessen.

— *British medical Journal* donosi, że w Pennlyn-Court w księstwie Walii żyje lekarz, który w dniu 16. Marca b. r. ukończył 106. rok życia.

— Odznaczenie. Istniejąca od lat 40 firma Henryka Mattoniego, mająca składy wód mineralnych w Giesshüblu, Karlsbadzie, Francensbadzie, Wiedniu i Budapeszcie otrzymała pozwolenie używania orła cesarskiego we firmie i w pieczęci.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 14. A. Puławski: Dwa przypadki licznych zatorów (*emboli*) w przebiegu chorób serca. Kilka słów o t. zw. prawdziwych polipach serca. J. Fajersztajn: O astenicznem porażeniu (ciąg dalszy). H. Nusbaum: O najgłówniejszych zadaniach terapii i jej sprawności (ciąg dalszy). F. Jodkiewicz: *Chininum muriatico-phosphoricum.* — W *Medycynie* Nrze 14. J. Weber: Badania nad etyologią ospy. L. Korczyński: Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (*cholelithiasis*).

Nowości bibliograficzne:

— A. Broca et P. Maubrac: Traité de chirurgie cérébrale. 1 vol. in 8° avec 72 figures dans le texte. Paris 1896. 12 fr.

— P. Marie: Leçons de Clinique médicale. 1 vol. in 8° avec 57 figures. Paris 1896. 6 fr.

— H. Legludic: Notes et observations de Médecine légale. Attentats aux moeurs. 1 vol. in 8° avec 26 figures dans le texte. Paris 1896. 5 fr.

— R. de Ryckère: L'affaire Joniaux. (Triple empoisonnement). 1 vol. in 8° de 208 pages avec un portrait et un autographe de Mme Joniaux. Paris 1896. 3.50 fr.

— J. Grasset: Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes. Troisième édition. 1 vol. in 8°, relié. Paris 1896. 4 fr.

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.